

## Assicurazione di Tutela legale

### Convenzione SICOB Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche

CONVENZIONE

SICOB Società Italiana di Chirurgia  
dell'Obesità e delle malattie  
metaboliche

**Il tuo Intermediario**

MAG SPA  
Via Eleonora Duse n.2 – 20122 Milano  
E-mail:  
adesionisicob@magitaliagroup.com  
Call center: 081 6582227

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona; Sede operativa: via Mecenate 90, 20138 Milano;  
Capitale Sociale Euro 6.680.000,00 (i.v.); Cod. Fisc./P.IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 05850710962;  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008;  
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione presso IVASS, sez. I, al n. 1.00167;  
Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059;  
telefono: 02 92885700; fax: 02 92885749; PEC: [revo@pec.revoinurance.com](mailto:revo@pec.revoinurance.com)

[www.revoinurance.com](http://www.revoinurance.com)

## DATI GENERALI

### CONTRAENTE

Ragione sociale / Nome e cognome				
Data di Nascita				
Luogo di Nascita				
Recapito telefonico				
Indirizzo email				
PIVA / CF				
Indirizzo		CAP:		
Comune		Prov:		Stato:

### DATI DELL'ASSICURATO SE DIVERSI DAL CONTRAENTE

Ragione sociale / Nome e cognome				
Data di Nascita				
Luogo di Nascita				
Recapito telefonico				
Indirizzo email				
PIVA / CF				
Indirizzo		CAP:		
Comune		Prov:		Stato:

1. IL CONTRAENTE È ATTUALMENTE ASSICURATO PER I RISCHI DEI QUALI SI FA RICHIESTA?  SI'  NO

2. IL CONTRAENTE È STATO IN PASSATO ASSICURATO PER I RISCHI DEI QUALI SI FA RICHIESTA  SI'  NO

COMPAGNIA

NUMERO DI POLIZZA

MASSIMALE ASSICURATO

SCADENZA POLIZZA

3. IN PARTICOLARE, LE PRECEDENTI POLIZZE CHE IL CONTRAENTE HA CITATO SONO STATE DISDETTATE PER SINISTRI DALL'ASSICURATORE?  SI'  NO

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona; Sede operativa: via Mecenate 90, 20138 Milano;  
 Capitale Sociale Euro 6.680.000,00 (i.v.); Cod. Fisc./P.IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 05850710962;  
 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008;  
 Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione presso IVASS, sez. I, al n. 1.00167;  
 Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059;  
 telefono: 02 92885700; fax: 02 92885749; PEC: [revo@pec.revoinurance.com](mailto:revo@pec.revoinurance.com)

[www.revoinurance.com](http://www.revoinurance.com)

SE SÌ' INDICARE:

COMPAGNIA

MOTIVAZIONE

4. SINISTRI NEL QUINQUENNIO PRECEDENTE

SI'	NO
-----	----

5. IL PROPONENTE È A CONOSCENZA DI OMISSIONI O FATTI DAI QUALI POSSANO DERIVARE RICHIESTE DI RISARCIMENTO OPPURE AZIONI MIRATE AD ACCERTARE LA SUA RESPONSABILITÀ CIVILE O PENALE NEGLI ULTIMI 5 ANNI

SI'	NO
-----	----

In caso di risposta affermativa ad una delle domande di cui ai punti 4 e/o 5, compilare la sezione a margine "Sinistrosità e fatti noti dell'assicurato"

6. SINISTROSITÀ E FATTI NOTI DELL'ASSICURATO

**AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta affermativa ad almeno una delle domande di cui ai punti 4 e/o 5 del presente questionario:**

A) Sinistri

Specifiche di dettaglio del sinistro di cui al punto 5) del presente Questionario.

1) Indicare la data e la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- Richiesta risarcimento danni
- Procedimento penale
- Atto di Citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso

Data evento: \_\_\_\_\_

Data ricezione dell'Atto/notifica: \_\_\_\_\_

Ammontare del danno: €: \_\_\_\_\_

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona; Sede operativa: via Mecenate 90, 20138 Milano;  
Capitale Sociale Euro 6.680.000,00 (i.v.); Cod. Fisc./P.IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 05850710962;  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008;  
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione presso IVASS, sez. I, al n. 1.00167;  
Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059;  
telefono: 02 92885700; fax: 02 92885749; PEC: [revo@pec.revoinurance.com](mailto:revo@pec.revoinurance.com)

[www.revoinurance.com](http://www.revoinurance.com)

2) Indicare Sono stati coinvolti altri soggetti:

- L'Azienda Ospedaliera/Clinica è destinataria della richiesta di risarcimento danni / atto di chiamata in causa contestualmente al medico proponente: \_\_\_\_\_
- Altro medico: \_\_\_\_\_

3) Riportare descrizione dell'evento:

4) Stato procedimento civile/penale

Indicare se sia in corso **un procedimento civile/penale** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della presente scheda:

- In corso
  - Concluso con addebito di responsabilità
  - Concluso senza addebito di responsabilità
  - Procedimento impugnato; Grado di giudizio: \_\_\_\_\_
  - Transazione
- Importo risarcito: € \_\_\_\_\_

**B) FATTI NOTI**

Specifiche di dettaglio dei Fatti Noti di cui al punto 5 del presente Questionario.

1) Indicare la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del Fatto Noto:

- Notizie
- Querele
- Atti giudiziari
- Indagini anche interne alla Direzione Sanitaria
- Altro: \_\_\_\_\_

2) Riportare una descrizione dell'evento:

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona; Sede operativa: via Mecenate 90, 20138 Milano;  
 Capitale Sociale Euro 6.680.000,00 (i.v.); Cod. Fisc./P.IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 05850710962;  
 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008;  
 Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione presso IVASS, sez. I, al n. 1.00167;  
 Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059;  
 telefono: 02 92885700; fax: 02 92885749; PEC: [revo@pec.revoinurance.com](mailto:revo@pec.revoinurance.com)

[www.revoinurance.com](http://www.revoinurance.com)

- 3) Stato procedimento Penale  
Indicare se sia in corso un **procedimento penale**, ma non vi sia la costituzione di parte civile del danneggiato dei suoi aventi diritti:

SI'	NO
-----	----

Se "SI'"indicarne:

Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

Numero procedimento: \_\_\_\_\_

7. **GARANZIE PRESCELTE, MASSIMALI E ALTRI LIMITI DI COPERTURA (Barrare l'opzione massima premio prescelta)**

MASSIMALE (per sinistro, illimitato pe anno)	PREMIO GARANZIA PRINCIPALE (DIFESA PENALE + DIFESA CIVILE)	PREMIO GARANZIA PRINCIPALE + RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA E DISCIPLINARE
€ 50.000	€ 265	€ 315
€ 75.000	€ 315	€ 365

**NOTA BENE: TARIFFA VALIDA IN ASSENZA DI SINISTRI**

8. **INDICAZIONI RELATIVAMENTE ALLA DECORRENZA DELLA PRESENTE COPERTURA ASSICURATIVA**

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: \_\_\_\_\_

**Dichiarazioni del Contraente**

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li / /

Il Contraente

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona; Sede operativa: via Mecenate 90, 20138 Milano;  
Capitale Sociale Euro 6.680.000,00 (i.v.); Cod. Fisc./P.IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 05850710962;  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008;  
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione presso IVASS, sez. I, al n. 1.00167;  
Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059;  
telefono: 02 92885700; fax: 02 92885749; PEC: [revo@pec.revoinurance.com](mailto:revo@pec.revoinurance.com)

[www.revoinurance.com](http://www.revoinurance.com)